

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
ការចូលរួមដោយស្ម័គ្រចិត្តនៃផែនការអនុគ្រោះ: HCBS
VOLUNTARY HCBS WAIVER PARTICIPATION

ឈ្មោះអតិថិជន (សរសេរជាអក្សរពុម្ព)	លេខ DDD
<p>អ្នកត្រូវបានគេគិតថាពិការណាស់រាប់ការបំរើក្រោមជំនួយអនុគ្រោះ: _____ ។ ជំនួយអនុគ្រោះនេះ គឺបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់ Title XIX នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម ដើម្បីផ្តល់ការមើលថែទាំនៅតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ជាមូលដ្ឋានដល់បុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិ ទទួល ។</p>	
<p>ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ឲ្យដឹងពីកម្មវិធីឆ្លាស់ផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំ ហើយសំរេចជ្រើសរើសទទួលយកសេវាបំរើក្រោមជំនួយអនុគ្រោះ: HCBS មួយរបស់នាយកដ្ឋាន DDD ។</p>	
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
<p>ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ឲ្យដឹងពីកម្មវិធីឆ្លាស់ផ្សេងទៀតរបស់ខ្ញុំ ហើយសំរេចជ្រើសរើសទទួលយកសេវាបំរើតាមស្ថាប័ន ។</p>	
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

ចម្លងជូន: អតិថិជន ឬអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់
សំណុំរៀងរបស់អតិថិជន